

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТРОСКОПИИ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Б.П. Введенский

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, кафедра хирургических болезней, Дорожная клиническая больница станции Харьков Южной железной дороги

РЕЗЮМЕ

Приведены данные этиопатогенеза, клиники, диагностики, консервативного лечения, артроскопических, реконструктивно-восстановительных вмешательств при деформирующем артрозе коленного сустава.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: деформирующий артроз, суставы, артроскопия

Постановка проблемы в общем виде. Деформирующий остеоартроз (ДОА) представляет собой основную нозологическую форму дегенеративных заболеваний суставов и характеризуется хроническим прогрессирующим течением. В основе этого мультифакториального заболевания лежит нарушение равновесия между анаболическими и катаболическими процессами, прежде всего в гиалиновом хряще. При остеоартрозе патологический процесс локализуется не только в гиалиновом хряще, но и в синовиальной оболочке, субхондральной части кости, суставной капсуле, внутрисуставных связках и околосуставных мышцах. Все это приводит к развитию в той или иной степени рецидивирующего синовита, дегенерации хряща с уменьшением его объема, костному remodelированию, склерозу суставной капсулы, дегенерации менисков, периапартулярной мышечной атрофии.

Распространенность ДОА в целом в популяции велика. Так, среди всей суставной патологии доля ДОА составляет до 80%. Частота данного заболевания среди различных групп населения по данным разных авторов колеблется от 13,6 до 47,1%. Наиболее часто данная патология встречается у лиц, чей возраст старше 40-50 лет. Пусковыми факторами возникновения и развития дистрофического процесса могут являться самые разнообразные агенты: травма, профессиональные вредности, инфекция, интоксикация, врожденные заболевания, различные стрессовые факторы. Первое место в структуре поражения ДОА крупных суставов занимает ДОА тазобедренного сустава, второе место принадлежит гонартрозу. Длительное течение заболевания, а также быстрое прогрессирование дегенеративного процесса приводит к стойкой утрате функции сустава. В социальном плане это ведет к стойкой утрате трудоспособности и инвалидности.

Клиническими проявлениями этого заболевания являются боли в суставах, деформа-

ция, скованность, ограничение движений, периапартулярный хруст, реже – экссудативные явления в пораженных суставах, а его рентгенологическая симптоматика представлена сужением суставной щели, субхондральным остеосклерозом, остеофитозом, кистовидными просветлениями костной ткани, подвывихами, деструкцией суставных поверхностей.

Терапия ДОА должна быть комплексной, и предусматривает устранение внешних факторов, способствующих его развитию, уменьшение и даже полное прекращение болей в суставах и восстановление их функции, воздействие на проявления реактивного артрита, профилактика дальнейшего прогрессирования данного заболевания путем коррекции нарушенного метаболизма в гиалиновом хряще. [4, 5]

Анализ последних исследований и публикаций. В публикациях последних лет стали встречаться сообщения об оперативном лечении, ДОА коленного сустава, которые начали выполняться с использованием артроскопической техники [1, 2, 3]. Авторы этих наблюдений отмечают, что артроскопия коленного сустава является безальтернативным высокоэффективным методом диагностики внутрисуставных заболеваний. Визуально установленный и морфологически оцененный характер патологии позволяет определить оптимальный способ лечения.

Выделение нерешенных ранее частей общей проблемы. Артроскопические операции при дегенеративно-дистрофических поражениях относятся к технически сложным, а методики их выполнения, показания и результаты применения освещены в литературе недостаточно.

Цель. Определение целесообразности эндоскопического обследования полости коленного сустава. Определение эффективности артроскопических приёмов лечения различных стадий гонартроза в сочетании с современной медикаментозной терапией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 1998 по 2003 годы в ортопедо-травматологическое отделение Дорожной клинической больницы станции Харьков обратилось более 500 человек по поводу ДОО и других заболеваний коленных суставов.

Неудовлетворенность результатами лечения, как правило с использованием консервативных методов, проводимого на амбулаторном этапе медицинской помощи врачами различных специальностей, заставила изменить наши подходы к лечению данной категории пациентов. Кроме того, этому способствовало внедрение в лечебно-диагностический процесс новейшей технологии – артроскопии.

Исходя из полученных при обследовании пациентов данных, и на основании опыта лечения большого количества больных с ДОО крупных суставов мы разработали и применяем следующий алгоритм диагностики и терапии данного вида заболеваний. Во время проведения профессиональных осмотров формируются группы риска. При наличии жалоб, характерных для ДОО (ночная боль, боль при движении, боль после состояния покоя – «стартовая боль», непродолжительная утренняя скованность суставов, ограничение функции сустава, хруст при движении в нем), пациенты в обязательном порядке осматриваются ортопедом. При этом проводится рентгенологическое исследование суставов. При наличии признаков ДОО (сужение суставной щели, субхондральный склероз, краевые остеофиты, кистовидные просветления) пациенты подлежат диспансерному учету у ортопеда. Формирование диспансерных групп производится на основании установленной стадии дегенеративно-дистрофического процесса. К первой группе диспансерного учета относим больных первой стадии гонартроза. При этом назначаем консервативную терапию, включающую ограничение нагрузок, прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС), хондропротекторов, физиолечение, лечебная физкультура (ЛФК), санаторно-курортное лечение. Контрольные осмотры проводим 1 раз в год с ежегодным рентгенологическим обследованием пораженного сустава.

В случае неэффективности консервативного лечения, прогрессирования процесса и установления второй или третьей стадии ДОО пациент переводится во вторую группу диспансерного учета. Возникает необходимость госпитализации в ортопедический стационар для проведения дообследования, уточнения степени поражения сустава, на-

значения адекватной терапии. По нашему мнению, без визуализации внутренней картины пораженного сустава невозможно оценить степень изменений в покрывном гиалиновом хряще и проводить адекватное, патогенетически обоснованное лечение.

Диагностическая артроскопия обладает рядом несомненных достоинств: высокая информативность (диагностическая ценность до 95%), малая инвазивность и малая травматичность, возможность проведения разнообразных хирургических манипуляций из минимального доступа и назначения в последующем адекватной консервативной терапии. Артроскопическая диагностика позволяет точно локализовать процесс, оценить его распространенность и степень выраженности. В ходе проведения артроскопической операции возможно выполнение ряда лечебных хирургических манипуляций:

- Промывание или лаваж сустава.
- Абразивная артропластика (полировка гиалинового хряща).
- Трефинация (нанесение отверстий на субхондральную кость).
- Удаление свободных внутрисуставных тел.
- Артроскопическая резекция дегенеративно измененных менисков.
- Биопсия и синовэктомия.

На основании данных, полученных при артроскопическом исследовании, подбираем индивидуальную терапию (разгрузка сустава, физиолечение, ЛФК, использование хондропротекторов, использование искусственной суставной жидкости, санаторно-курортное лечение).

При положительной динамике заболевания (уменьшение болевого синдрома, улучшение функции сустава) и уменьшении темпов прогрессирования ДОО больной переводится в первую группу. При отрицательной динамике, отсутствии стойкого положительного клинического эффекта от проводимых мероприятий, выраженном нарушении функции сустава, прогрессировании заболевания, больной переводится в 3 группу «Д» учета, в которую мы относим больных с 3 и 4 стадией ДОО. После тщательного обследования, включающего артроскопическую диагностику, устанавливаем показания к хирургическому лечению [1, 2, 3]:

- корригирующие остеотомии;
- стабилизирующие и пластические операции;
- мозаичная и парциальная артропластика;
- тотальное или частичное замещение разрушенного сустава.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

За 1998-2003 год в ортопедотравматологическом отделении Дорожной клинической больницы станции Харьков артроскопия коленного сустава выполнена у 123 пациентов (59 мужчин и 64 женщин) в возрасте от 17 до 69 лет. У 24 дополнительно произведена компьютерная магнитно-резонансная томография (МРТ) этого сустава. Патогистологическое изучение внутрисуставных тканей произведено у 34 пациентов.

Артроскопия суставов осуществлялась с помощью видеоконспекса «Karl Storz» (Германия) по общепринятой методике, в жидкостной среде.

У 83 пациентов выявлены признаки ДОО. Его проявлениями были: хондромалиция надколенника – у 23 пациентов, краевые костно-хрящевые разрастания – у 29, дефекты суставного хряща разной степени тяжести – у 31, в том числе – у 14 при рентгенографическом и МРТ обследовании до артроскопии проявлений гонартроза не определялось.

Внутрисуставные повреждения: разрывы менисков – у 27, крестообразных связок – у 7. Различное сочетание указанных выше патологий – у 59.

Артроскопически производилось обильное промывание суставной полости, удаление свободных хрящевых тел, резекция поврежденных фрагментов менисков, артролиз, трепаниция, сглаживание суставных поверхностей, иссечение зон хондромалиции, частичная синовэктомия. С этой целью использовались антеромедиальный, антеролатеральный и антеропателлярный доступы.

В 9 случаях артроскопическая техника дополнена микродоступами для тотального удаления мениска и пластики крестообразной связки.

В послеоперационном периоде применялось консервативное лечение – микродозы стероидов, НПВС, внутрисуставное введение Алфлутопа, Цель-Т, физиолечение, ЛФК, массаж. Активные движения в суставе и нагрузка на конечность производились через сутки после операции.

Сроки пребывания больных в стационаре составили от 2 до 10 дней с последующим реабилитационным лечением в течение 2-3-х недель. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Результаты лечения данной группы пациентов представлены в таблице.

Использование артроскопии позволило существенно улучшить качество оказания медицинской помощи при гонартрозе. В большинстве случаев удалось замедлить темпы прогрессирования заболевания, увеличить толерантность к физическим нагруз-

кам, улучшить функцию суставов, значительно повысить качество жизни. Кроме того, использование диагностической артроскопии позволяет выявлять группу пациентов, нуждающихся в полном либо частичном замещении пораженных суставов современными эндопротезами.

Таблица

Результаты лечения:

Результат	Количество больных
Уменьшение либо исчезновение болевого синдрома	54
Толерантность к физическим нагрузкам возросла	41
Увеличение объема движений	26
Замедление темпов изменений рентгенологической картины	24
Не наступило стойкого клинического эффекта	3

ВЫВОДЫ

1. Артроскопия является высокоэффективным диагностическим и хирургическим методом определения и лечения внутрисуставной патологии коленного сустава различного генеза. Имеет приближающуюся к 100% диагностическую достоверность при постановке диагноза.
2. Диагностическая артроскопия позволяет до появления рентгенологических признаков обнаружить начало ДОО и назначить адекватное лечение и режим. Оперативная артроскопия позволяет уменьшить сроки стационарного лечения в 3 раза, а общую нетрудоспособность в 3-4 раза.
3. В далеко зашедших случаях, при разрушении суставов (деформирующий гонартроз 3 и 4 стадии), целесообразна замена разрушенного сустава эндопротезом.
4. Диспансеризация и современное многопрофильное лечение позволят значительно продлить сроки трудоспособности у большинства страдающих гонартрозом и существенно улучшить качество жизни.

Перспектива дальнейших исследований в данном направлении. Перспективой дальнейших исследований в использовании артроскопической техники является повышение качества диагностики и лечения при заболеваниях и повреждениях коленного сустава, улучшение результатов оперативного лечения больных благодаря малой травматичности и высокой эффективности, сокращению сроков пребывания больного в стационаре и количества дней временной нетрудоспособности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Миронов С.П., Лисицин М.П. // Сборник материалов Первого Конгресса Российского Артроскопического Общества. -Москва.1996. С. 44-47.
2. Осипов А.Л. // Сборник статей Четвёртого Конгресса Российского Артроскопического Общества. -Москва. 2003. С. 55-59.
3. В. Ветрилэ, И. Кройтору // Скорая медицинская помощь. 2003. Специальный выпуск. С. 27.
4. Насонова В.А. Клиническая ревматология. -М.: «Медицина». 1997.
5. Травматология и ортопедия. Руководство. Под редакцией члена-корреспондента РАМН Шапошников Ю.Г. -М.: «Медицина». 1997.

ВИКОРИСТАННЯ АРТРОСКОПІЇ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ ПОРАЗКАХ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Б.П. Введенський

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, кафедра хірургічних хвороб, Дорожня клінічна лікарня станції Харків Південної залізниці

РЕЗЮМЕ

Приведені дані щодо етіопатогенеза, клініки, діагностики, консервативного лікування, артроскопічних, реконструктивно-відновних втручань при деформуючому артрозі колінного суглоба.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: деформуючий артоз, суглоби, артроскопія

USE OF ARTHROSCOPY AT DEGENERATE-DYSTROPHIC DEFEATS KNEE JOINT

B.P. Vvedensky

V.N. Karazin Kharkiv National University, Department of surgical diseases, Railway Clinical Hospital st. Kharkov South Railway

SUMMARY

Resulted etiopathogenetical data of clinic, clinic, diagnostics, conservative medical treatment in arthroscopic and restoration interferences at deforming artroze of knee-joint.

KEY WORDS: deforming artroze, joint, arthroscopy